

GUÍA de ORIENTACIÓN para la VALORACIÓN de la DISCAPACIDAD en FIBROMIALGIA





Edita:
Comunidad de Madrid

Realiza:
Consejería de Asuntos Sociales
Dirección General de Servicios Sociales
Centros Base de Valoración y Orientación a personas con discapacidad
de la Comunidad de Madrid

Javier Armenteros Rojo. Médico Rehabilitador Centro Base 8
Aida Marina Berenguer Carlos. Psicóloga Centro Base 7
Blanca Iturria Matamala. Psicóloga. Directora Centro Base 7
Sofía González San Martín. Psicóloga. Directora Centro Base 5

Colabora:
Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de la
Comunidad de Madrid (AFINSYFACRO)

Edición:
Mayo de 2014

Prólogo

Según los estudios de la Sociedad Española de Reumatología, los cuadros de fibromialgia caracterizados por dolor crónico de origen musculoesquelético afectan a un 2,7% de la población. A pesar de que esta enfermedad es muy frecuente en la práctica clínica, el hecho de que su diagnóstico no pueda apoyarse en pruebas específicas de imagen o laboratorio, hace que las personas afectadas, mujeres en su gran mayoría, se enfrenten muchas veces a la incompreensión social y laboral.

Debido a que cada persona puede experimentar la fibromialgia de distinta forma, el impacto de esta dolencia en la vida de los pacientes es también diverso, con limitaciones funcionales en las actividades de la vida diaria que pueden llegar a ser severas. Evaluar adecuadamente estas situaciones es competencia de los Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad (Centros Base) de la Comunidad de Madrid, que dependen de la Consejería de Asuntos Sociales, a través la Dirección General de Servicios Sociales.

El principio de igualdad de oportunidades obliga a la administración a garantizar que la complejidad en el diagnóstico de una enfermedad no acabe conformando una barrera infranqueable para la adecuada protección social de las personas afectadas. La Comunidad de Madrid ha querido buscar esas garantías escuchando directamente a los pacientes y a sus representantes, conociendo sus vivencias y poniéndolas en común con la experiencia de los equipos profesionales madrileños de valoración de la discapacidad.

El presente texto nace de la colaboración entre la Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de la Comunidad de Madrid (AFINSYFACRO) y la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Es fruto del consenso establecido en un Grupo de Trabajo específico, creado en septiembre de 2013 y enriquecido con las aportaciones de los profesionales vocacionales y comprometidos que, en representación de ambas partes, lo han integrado.

Comunidad de Madrid y AFINSYFACRO consolidan así su colaboración desde la premisa de que un mejor conocimiento lleva a una mejor atención. Todos los problemas se abordan de forma más adecuada cuando se sabe qué es lo que se busca, dónde hay que buscarlo y cuál es la evolución más previsible. Esta Guía compendia los aspectos médicos y psicológicos más relevantes para abordar la valoración de la discapacidad en pacientes de fibromialgia e incorpora, también, orientaciones para la adaptación de los puestos de trabajo, allí donde sea necesario. Quiere ser, pues, ese instrumento de conocimiento, al servicio de profesionales, para la mejor atención de los ciudadanos.

Jesús Fermosel Díaz

Paulina Jiménez Paris

Consejero de Asuntos Sociales

Presidenta de AFINSYFACRO

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	5
DEFINICIÓN	5
CONCEPTO	5
FISIOPATOLOGÍA	6
PREVALENCIA	6
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	6
CONSIDERACIONES MÉDICAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	7
CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS	9
1. Alteraciones psicopatológicas previas o predisponentes	10
2. Alteraciones psicopatológicas secundarias	11
3. Déficit cognitivo	11
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA/ TRATAMIENTO	13
ORIENTACIÓN FORMATIVO-LABORAL	15
CONSIDERACIONES GENERALES EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	16
BIBLIOGRAFÍA	17

INTRODUCCIÓN:

El concepto “fibromialgia” (FM) se acuñó en la década de los años 60 en relación a un cuadro de dolor crónico de origen musculoesquelético, con la existencia de lugares específicos donde el umbral del dolor era más bajo que en los controles y asociado a una alteración en la fase 4 del sueño.

DEFINICIÓN:

En 1992, en la Declaración de Copenhague, es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una nueva entidad clínica, denominándose “**síndrome de fibromialgia**” y quedando tipificada en su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 versión 2007) dentro de las *enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo*, en el apartado de “*otros trastornos de los tejidos blandos*”, con el código M79.7. En 1994 fue reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), clasificándola con el código X33.X8a.

CONCEPTO:

Se trata de un síndrome crónico de etiología no aclarada, de evolución variable y compleja, definido por un estado doloroso generalizado no articular de al menos 3 meses de duración e hiperalgesia a la palpación digital (>4Kg/cm²) en determinados puntos. El dolor se considerará generalizado cuando todo lo siguiente está presente: dolor en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. Adicionalmente debe estar presente dolor en el esqueleto axial (columna cervical o tórax anterior o columna dorsal o espalda baja). Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos, derecho e izquierdo, y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades, superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal. Es un dolor que en general empeora con la actividad física, el frío y el estrés emocional.

La evolución de la fibromialgia es variable, ya que en algunos pacientes los síntomas aparecen y desaparecen a intervalos, pero otros tienen dolores y fatiga continua independientemente del tratamiento.

FISIOPATOLOGÍA:

Actualmente los mecanismos etiológicos y fisiopatológicos de la enfermedad continúan siendo desconocidos. Existen múltiples teorías y, de manera empírica, se han identificado algunos factores que parecen asociarse o incluso comportarse como desencadenantes de la enfermedad:

- a. El **sexo**: la gran mayoría de las personas con síndrome de fibromialgia son mujeres, en una proporción aproximada de **21 mujeres por cada varón**.
- b. La *agregación familiar*, detectándose una mayor frecuencia de la misma entre los familiares de primer grado.
- c. La presencia de otros síndromes de dolor regional crónico como la cefalea crónica, dolor lumbar crónico, dolor miofascial, dolor pélvico, colon irritable, etc, con los cuales además existe una coagregación familiar.
- d. Entre las diversas hipótesis que se han barajado destacan aquellas que lo atribuyen a causa psíquica y /o a la presencia de estrés emocional significativo. La presencia de trastornos o acontecimientos emocionales pueden actuar como factores de riesgo, factores precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento del síndrome de fibromialgia.

PREVALENCIA:

En la población española, según el estudio EPISER, se estima una prevalencia del 2.73 %, con un claro predominio en mujeres (4.2 frente al 0.2% en hombres) y un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años. Existe una alta variabilidad tanto en sintomatología como en la severidad del impacto en las actividades de la vida diaria, que es la piedra angular en cualquier valoración de discapacidad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Puesto que no se dispone en la actualidad de pruebas de laboratorio y/o de imagen que puedan apoyar el diagnóstico de este síndrome (realmente, la normalidad de dichas pruebas es un apoyo más para realizar el mismo), éste se hace de forma clínica y en base a una serie de criterios diagnósticos. Hasta el 2010 se manejaban los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de los años 90: historia de dolor generalizado (definido más arriba) de al menos 3 meses de duración junto a la presión digital positiva (>4Kg/cm²) en 11 o más de 18 puntos sensibles (nueve pares) establecidos por consenso. Con estos criterios se tenía una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.1%. En 2010 el ACR estableció una nueva propuesta de criterios preliminares donde se incrementa la importancia de los síntomas generalizados en detrimento de los puntos sensibles. En estos nuevos criterios se consideran dos escalas: el **Índice de Dolor Generalizado** (Widespread Pain Index [WPI]) y el **Índice de Gravedad de los Síntomas** (Symptom Severity Score [SS

Score)). Un paciente cumple los criterios diagnósticos de fibromialgia si cumple las 3 condiciones siguientes:

1. Índice de dolor generalizado (**WPI**) ≥ 7 y puntuación en la escala de gravedad de los síntomas (**SS Score**) ≥ 5 o **WPI 3 – 6** y puntuación en **SS Score** ≥ 9 .
2. Los síntomas han estado presentes de una manera similar durante 3 meses.
3. El paciente no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Se cree que una puntuación de 6 en la escala de gravedad de los síntomas identifica a los pacientes que cumplen los nuevos criterios diagnósticos en un 92.3 % de los casos.

CONSIDERACIONES MÉDICAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

Se trata de una patología en la que tiene gran importancia una anamnesis detallada, que permita una valoración integral del dolor, la funcionalidad y el contexto psicosocial. Si bien el dolor difuso y crónico es el síntoma cardinal en este síndrome, otros síntomas y/o signos que se pueden presentar, y que los profesionales de la valoración deberán tener en cuenta a la hora de puntuar la discapacidad en cada capítulo correspondiente, son los siguientes:

1. **Aparato locomotor**: rigidez matutina o tras reposo; fenómeno de Raynaud; disfunción de la ATM; bruxismo; inflamación subjetiva; fatiga de aparición matutina, con leve mejoría posterior para progresivamente ir aumentando a lo largo de la jornada.
2. **Sistema cardiovascular**: prolapso mitral, disminución de la capacidad funcional.
3. **Aparato respiratorio**: disnea, alteraciones laríngeas.
4. **Aparato digestivo**: intestino irritable, dispepsia, flatulencia, náuseas, estreñimiento o diarrea, cuadros pseudoobstructivos, xerostomía, alteraciones glossofaríngeas.
5. **Aparato genitourinario**: dismenorrea, síndrome premenstrual, vejiga irritable.
6. **Sistema neuromuscular**: parestesias/disestesias, síndrome de piernas inquietas con o sin calambres musculares asociados, cefaleas tensionales, síntomas vegetativos y funcionales (extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor), alteraciones a estímulos olfativos, dolor facial.

7. **Sistema O.R.L.:** vértigo inespecífico, otodinia, hipoacusia, hiperacusia, acúfenos, algiacusia.
8. **Miscelánea:** predisposición alérgica/múltiple sensibilidad química, intolerancia a múltiples fármacos.
9. **Sistema endocrino:** hipotiroidismo.
10. **Alteraciones psicológicas:** (desarrolladas más adelante).

A la hora de realizar la valoración de la discapacidad es importante recordar que toda esta sintomatología descrita no siempre estará presente en todas las personas afectadas por fibromialgia ni en la misma intensidad. También hay que señalar que muchos de los síntomas anteriores no suelen tener un correlato anatómico específico, por lo que es difícil poder otorgarles un porcentaje de valoración concreto en los capítulos correspondientes (aparato locomotor, sistema nervioso, sistema cardiovascular, etc). En consonancia con esto último, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo, durante la exploración física, tanto la movilidad articular como el balance muscular y la exploración neurológica son generalmente normales, sin apreciarse signos inflamatorios articulares. Sí que se aprecia con cierta frecuencia una hiperalgesia generalizada que se acentúa al presionar sobre las prominencias óseas y uniones músculo-tendinosas (entesopatía). También se suele encontrar provocación del dolor con los estiramientos laterales, tanto a nivel cervical como lumbar. Por otro lado, en una parte de los pacientes, se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo, generalmente en zona de trapecios, parte proximal de brazos y muslos, que estos pacientes definen como una sensación de ardor o escozor.

El hallazgo más relevante en pacientes con FM es la detección de un umbral para el dolor patológicamente descendido para diversas estimulaciones, aunque en la práctica clínica se utiliza la estimulación mecánica, mediante la comprobación y cuantificación de los puntos sensibles.

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS:

Se han realizado distintos intentos de clasificación de la fibromialgia, entre los que destacamos los siguientes:

Clasificación basada en el perfil psicopatológico:

		Perfil psicopatológico
FM tipo I	pacientes sin ninguna enfermedad concomitante	Normal
FM tipo II	pacientes con enfermedades crónicas reumáticas y autoinmunitarias	Perfil A (ansioso-depresivo)
FM tipo III	pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica	Perfil B (somatización)
FM tipo IV	pacientes simuladores	Demandante

(Belenguer, R., et al, Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura, Reumatol Clin..2009;52:55–62.)

Clasificación basada en el grado de afectación psicopatológica:

Tipo I	se caracteriza por tener una baja calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en reacciones emocionales y aislamiento social, junto a una <u>mayor</u> afectación de la esfera psicopatológica (muestra niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad, y niveles altos en rigidez articular, dolor y síntomas depresivos).
Tipo II	se caracteriza por tener una <u>menor</u> afectación de la esfera psicopatológica (predominio de niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, con niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular, junto a un nivel bajo en depresión y ansiedad)

(Keller, D, Gracia, M, Cladellas, R., Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida; Actas Esp Psiquiatr 2011;39(5):273-9)

Existe gran heterogeneidad en la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la población con fibromialgia, aunque su prevalencia es elevada no es una característica inherente a ella. El pensamiento catastrofista, la percepción de autoeficacia, el locus de control externo y la percepción de apoyo familiar son las variables que más influyen en los niveles de afectación. Se tiene constancia de que, a mayor nivel de ansiedad y depresión, mayor impacto en la vida cotidiana y peor calidad de vida.

Algunos estudios (Blasco Claros et al) consideran la FM como una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo, como de personalidad en la que el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente.

Otros estudios hacen referencia a un patrón de conducta en las pacientes con FM caracterizado por una alta implicación laboral, sentido de responsabilidad excesivo, que suele estar agravado por la sobrecarga presentada en las trayectorias vitales de los pacientes, mayoritariamente mujeres, derivada de ejercer un doble rol: doméstico y laboral con un alto nivel de autoexigencia.

La afectación psíquica en FM presenta tres vertientes a considerar:

1. Alteraciones psicopatológicas previas o predisponentes:

Depresión Mayor (prevalencia 3 veces mayor como patología comórbida) Esta cifra se amplía a 5 cuando se analiza el riesgo de presentar “antecedentes y/o criterios actuales de padecer *Trastornos de ansiedad, Trastornos obsesivo-compulsivos y Trastornos de estrés post-traumático*” (Raphael et al. 2006).

No siempre será fácil discriminar si la psicopatología es previa a la aparición de la fibromialgia o es consecuente, dado que la duración media de los síntomas desde su inicio hasta que la persona es evaluada está en torno a los 5 -10 años (Souza et al., 2009, Perrot et al., 2010).

Valoración:

Los pacientes con diagnóstico de alteración psicopatológica previa al diagnóstico de la FM requieren una valoración específica del trastorno en cuestión. El grado de discapacidad actual vendrá dado por la severidad de sus efectos sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, su evolución, tratamiento, cumplimiento terapéutico y el posible agravamiento de la misma por la aparición del síndrome fibromiálgico.

2. Alteraciones psicopatológicas secundarias:

Trastorno Ansioso Depresivo, Distimia, Trastorno Adaptativo.

Una valoración psicopatológica adecuada deberá confirmar que los síntomas son reactivos a la existencia del proceso de base, y que la sintomatología psiquiátrica que presentan se considera como reactiva o adaptativa a las dificultades que supone experimentar de forma diaria los síntomas de su enfermedad.

Valoración:

Los pacientes con diagnóstico de alteración psicopatológica secundaria a la FM requieren una valoración específica del trastorno en cuestión. El grado de discapacidad actual vendrá dado por la severidad de sus efectos sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, su evolución, tratamiento y cumplimiento terapéutico.

3. Déficit cognitivo:

La afectación cognitiva es recogida en la bibliografía como “discognición”, “disfunción cognitiva” o “fibro-fog” para referirse a un amplio espectro que incluye problemas de memoria, atención, concentración y confusión mental.

Las quejas cognitivas son muy frecuentes y son referidas como lo más discapacitante del trastorno por muchas de las pacientes afectadas (según estudios de frecuencia y repercusión sería el 5º ó 6º síntoma referido), y expresadas como “confusión mental, dificultad para mantenerse alerta, para encontrar palabras concretas y expresar pensamientos, para recordar lo leído y para hacer varias cosas a la vez”.

Entre los déficits cognitivos afectados recogidos en revisión bibliográfica destacan:

1. La atención, especialmente a las tareas atencionales de mayor complejidad. El dolor crónico interrumpe el proceso atencional.
2. La velocidad de procesamiento de la información.
3. La memoria episódica, memoria inmediata y demorada, memoria a largo plazo, memoria de trabajo (la más afectada).
4. El control ejecutivo (razonamiento, toma de decisiones, planificación, etc.).
5. La rapidez motora.
6. La fluidez verbal.

La explicación etiológica varía según autores:

1. La discognición sería debida a alteraciones del estado de ánimo y de la reactividad al estrés (Sephton et al., 2003).
2. La discognición podría deberse a alteraciones del sistema nervioso central, especialmente a la toma de decisiones y al funcionamiento ejecutivo (Bechara et al., 2000). Algunos lo atribuyen a que los procesos cognitivos afectados compartirían redes neurales subyacentes con la alteración en la percepción del dolor (Luerding et al., 2008).

Actualmente no hay evidencia de que estos déficits tengan una base neurológica ya que influyen múltiples factores en su interpretación, como: los efectos del dolor, las creencias relacionadas con el mismo, la consciencia somática, el grado de interferencia en las actividades de la vida diaria, los efectos secundarios de la medicación, las alteraciones del sueño, la fatiga diurna, el estado de motivación, el estado emocional, la personalidad, y las ganancias secundarias.

En estudios recientes (Gelonch O, et al, 2013) se cuestiona la especificidad de dicha discognición, resaltando que los estudios han sido escasos, con muestras pequeñas, y no existe total consenso para explicar la influencia de la depresión y ansiedad sobre el funcionamiento cognitivo en estos pacientes.

Valoración:

En la valoración de la discapacidad psíquica deberá tenerse en cuenta que la disfunción cognitiva se presenta en un grado leve en la mayoría de los casos y se ha tenido en cuenta como síntoma del cuadro psicopatológico primario o secundario considerado (DSM-IV-R Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1): Criterio C. 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; Trastorno distímico (F34.1) Criterio B. 5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones). Escalas de Valoración de la ansiedad, depresión...

En los casos específicos en los que tengan una entidad propia deberá estar debidamente documentado, y habrá de evaluarse en función de la severidad de sus efectos sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, su evolución, tratamiento y cumplimiento terapéutico.

Simulación:

Algunos estudios se han centrado en buscar indicios que diferencien el síndrome fibromiálgico de la simulación, de ninguno puede derivarse un método suficientemente fiable como para tomar decisiones clínicas o forenses, pero sí puede ser orientativo tener en cuenta que se han encontrado diferencias entre grupos experimentales y control.

Como norma general debe considerarse que la obtención de valores extremos en las pruebas aplicadas sería indicio de sospecha de simulación junto con la búsqueda de beneficios secundarios.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA /TRATAMIENTO:

La poca eficacia de los tratamientos médicos para aliviar el dolor crónico lleva en muchos casos a los pacientes a un estado de indefensión que deriva en una baja adherencia al tratamiento. En aquellos casos que no se hayan agotado las medidas terapéuticas oportunas habrá que orientar/derivar hacia el recurso adecuado.

Criterios de derivación a Salud Mental (Guía del Ministerio de Sanidad, 2011)

- Enfermedad depresiva grave previa a la enfermedad o reactiva a ésta.
- Pensamiento catastrofista ante el dolor
- Inadaptación a la enfermedad con repercusión grave en la calidad de vida.
- Identificación de sucesos emocionales en la vida del paciente que puedan estar condicionando el desarrollo de la enfermedad.

El tratamiento que hasta ahora se ha mostrado como más eficaz es el que combina el incremento del nivel de la actividad física y un abordaje psicológico del pensamiento catastrofista ante el dolor, la falta de autoeficacia en el manejo del mismo y sus consecuencias, el miedo al dolor y al movimiento.

La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM. Los pacientes bien informados estarán mejor preparados para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente, y minimizar sus consecuencias. El diagnóstico de FM en personas con dolor generalizado termina un largo periodo de incertidumbre y desinformación.

El abordaje psicológico se realiza a través de diversas técnicas, entre ellas destacamos:

Terapia cognitivo conductual (TCC)	Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la TCC sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo en pacientes con FM.
Terapia conductual operante (TCO)	Hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas.
Tratamientos Multicomponentes	Se recomienda la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física.
Métodos de relajación	Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia.

(Guía Fibromialgia, Ministerio de Sanidad, 2011)

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	Hay evidencias sobre la eficacia sobre el dolor crónico. Mejora la interferencia del dolor en las actividades cotidianas, la satisfacción vital, el miedo al movimiento, la depresión y la inflexibilidad psicológica.
---	--

(Cuevas, A.M, Tesis Doctoral: Personalidad, Funciones Neuropsicológicas e Impacto del dolor en pacientes con fibromialgia, 2010)

Otras terapias	Terapias de corte psicoanalítico y/o experiencial. Qi-Gong, Reiki, Taichi, Hipnosis, imaginería guiada o intervención mediante escritura...
-----------------------	--

ORIENTACIÓN FORMATIVO-LABORAL:

Los pacientes que tengan reconocida la condición legal de discapacidad podrán acceder al área de Orientación Formativo-Laboral.

La valoración de la capacidad laboral deberá ser considerada una vez aplicadas las medidas terapéuticas indicadas y alcanzada una estabilidad en su proceso patológico.

El impacto laboral de la FM parece estar fuertemente influido por la comorbilidad psicopatológica (ansiedad y depresión).

El número de manifestaciones clínicas, la comorbilidad asociada, la intensidad de la fatiga, y sobre todo, el trabajo sedentario, caracterizan al grupo de pacientes con FM en situación de incapacidad temporal.

En el estudio de revisión de Henriksson, la incapacidad para el trabajo secundaria a FM se observaba entre las personas más jóvenes, con mayor comorbilidad, peor capacidad funcional, peor autoeficacia en el manejo del dolor, mayor percepción de interferencia de la sintomatología y mayor intensidad del dolor.

En base a la experiencia de los propios pacientes sería beneficioso ajustar el puesto de trabajo a las características de la FM:

- Favorecer los descansos durante la jornada ('soltar presión' más veces a lo largo de la jornada laboral, en vez de hacerlo al final de la misma) para mantener niveles de concentración óptimos.
- Favorecer las reducciones de jornada.
- Favorecer el trabajo desde casa.
- Observar las normas de higiene postural comunes a cualquier paciente encaminadas a prevenir las algias del aparato locomotor (por ej.: evitar sedestaciones o bipedestaciones prolongadas).

CONSIDERACIONES GENERALES EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

En todo caso deberá **valorarse teniendo en cuenta los mandatos de la normativa vigente** en materia de valoración, que nos indican que debe haber sido previamente diagnosticada por los organismos competentes, deben haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado.

Reiterando lo enunciado anteriormente es importante volver a recalcar que **en ningún momento se valorará por el diagnóstico en sí mismo, sino** por la severidad de sus consecuencias, es decir, **por sus efectos sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.**

Independientemente de la valoración hay que tener muy presente que la falta de reconocimiento médico de su sintomatología clínica hasta fechas recientes ha llevado a una estigmatización de los pacientes por cuestionamiento de la veracidad de las quejas, de su etiología, de sus limitaciones y de su intensidad, por lo que, en muchos casos, han sido relegadas a una situación de desigualdad social. (*J. Fdo Lousada. Magistrado Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Ponencia Incapacidad y fibromialgia, noviembre de 2009*).

BIBLIOGRAFÍA

- Belenguer R., et al, Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura, *Reumatol Clin.* 2009;52:55–62.
- Bennet R, et al, Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol.* 2009; 366:1304-11.
- Blasco Claros Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: a predictive index of psychopathological severity. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34:112-22.
- Cuevas, A.M, Tesis Doctoral: Personalidad, Funciones Neuropsicológicas e Impacto del dolor en pacientes con fibromialgia, 2010.
- Dagmar Keller, Manuel de Gracia, Ramón Cladellas. Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida *Actas Esp Psiquiatr* 2011;395:273-9.
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor Pain Catastrophizing Scale en la fibromialgia. *Med Clin Barc.* 2008; 131:487-93.
- Gelonch O, Garolera M, Rossello L, Pifarré J. Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Rev Neurol* 2013; 56: 573-88
- Giesecke, T., Williams, D.D., Harris R., Cupps, T.R. Tian, X., Gracely, R y Cluaw, D.J. 2003 Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis and Rheumatism*, 48, 2916-2922.
- Glass JM., Park DC, Minear M, Crofford LJ. Memory beliefs and function in fibromyalgia patients. *J Psychosom Res* 58(3) : 263-269, 2005.
- Glass JM. Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments. *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35: 299-311
- Grace GM, et al. Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. *J Clin Exp Neuropsychol* 1999; 21: 477-87.
- Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation.* 2005; 2712:685-95.
- Leavitt F, Katz RS. Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2006; 33: 127-32.
- Leavitt F, Katz RS. Normalizing memory recall in fibromyalgia with rehearsal: a distraction-counteracting effect. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 740-4.
- Luerding R, Weigand T, Bogdahn U, Schmidt-Wilcke T., Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: structural correlates of pain-cognition interaction. *Brain* 2008; 131: 3222-31
- Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Te-ro MC. Percepción de Autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y Validación de la Chronic Pain Self-efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud.* 1999; 111-2:53-75.
- Gelonch O, Garolera M, Rossello L, Pifarré J. Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Rev Neurol* 2013; 56: 573-88.
- Park DC, Glass JM, Minear M, Crofford LJ. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2125-33.

-Raphael et al. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. Pain. 2006 Sep; 124(1-2):117-25..

-Sephton SE, Studts JL, Hoover K, Weissbecker I, Lynch G, Ho I, et al. Biological and psychological factors associated with memory function in fibromyalgia syndrome. Health Psychol 2003; 22: 592-7.

-Williams DA, Clauw DJ, Glass JM. Perceived cognitive dysfunction in fibromyalgia syndrome. J Musculoskelet Pain 2011; 19: 66.

-Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psych Scand. 1983; 67:361-70.

-Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res 2010; 62: 600-10.

- Curso Intensivo de Revisión en Medicina Física y Rehabilitación. Capítulo 27. Setesis Comunicación Creativade S.L. Edición febrero 2011. Depósito Legal: C 536 - 2011.

- Fibromialgia. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Depósito Legal: S – 1348-2005.

- Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011. Depósito Legal: M – 44759 – 2011.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

- Tesis doctoral de la Universidad de Cantabria (2013): punción seca en pacientes con Fibromialgia. Análisis de su eficacia terapéutica. Autora: Paula Rivas Calvo.

- Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Capítulo 28. Editorial Médica Panamericana, S.A. Depósito Legal: M – 36682 2008.



IV Jornadas de Sensibilización y Concienciación de Fibromialgia y SFC
Mayo 2014